

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Emile SABBAN

Né à Tunis, le 26 Décembre 1903

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES ULCÉRATIONS CHRONIQUES DU MEMBRE INFÉRIEUR
(Sympathectomie Péri-Fémorale suivie de Greffes)**

Président : M. le Professeur CUNÉO

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1930

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Emile SABBAN

Né à Tunis, le 26 Décembre 1903

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES ULCÉRATIONS CHRONIQUES DU MEMBRE INFÉRIEUR
(Sympathectomie Péri-Fémorale suivie de Greffes)**

Président : M. le Professeur CUNÉO

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. ROGER
I. — Professeurs.....	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Hydrologie et thérapeutique et climatologie	M. VILLARET
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZAR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
	CARNOT
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	MARCEL LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD
	DEL BET
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILLEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychia-	CADENAT....	Pathologie chirurgicale
	trie.	CATHALA....	Pathologie médicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	CHABROL....	Pathologie médicale.
BENARD HENRI.	Pathologie médicale.	CHEVALIER..	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.	DE GAUDAR	
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale
BROCCO.....	Pathologie chirurgicale	DOGNON.....	Physique.
BRULE.....	Pathologie médicale.	DONZELOT...	Pathologie médicale.

MM.

ÉCALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale
GASTINEL....	Bactériologie.
GATELLIER...	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON....	Hygiène.
LABBE HENRI	Chimie biologique.
LAROCHE....	Parasitologie.
LEMAITRE...	Oto-rhino-laryngologie
LEIROUX.....	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MERCIER (F).	Pharmacologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.

MM.

MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale
MOURE.....	Pathologie chirurgicale
MULON.....	Histologie.
OBERLING...	Anatomie pathologique
OLIVIER.....	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES.....	Ostétrie.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale
RICHET, FILS	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphi- ligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL..	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

BUSQUET....	Pharmacologie.
DEMELIN....	Obstétrique.
GUENIOT....	Obstétrique.
LEQUEUX....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-	
LEMAIRE..	Parasitologie.
ZIMMERN....	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique à titre permanent

MM.

ALGLAVE....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU...	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL	
LAVASTINE	Clinique médicale.

MM.

LE LORIER..	Clinique obstétricale.
LERI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ..	Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM.

MAUCLAIRE, agrégé.....	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD.....	Education physique.
WEILL-HALLE.....	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

Avec mes douloureux regrets.

A MA MÈRE CHÉRIE

A MON FRÈRE AINÉ

Dont la vie toute de labeur et de dévouement sera pour moi le meilleur des exemples. Avec toute ma gratitude, une inaltérable affection.

A MES FRÈRES

A MES SOEURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

Professeur d'Anatomie Médico-Chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de
présider notre thèse. Hommage de
notre respectueuse gratitude.

A MES MAÎTRES
DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MONSIEUR A. FOLLIASSON

Interne des Hôpitaux de Paris

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La sympathectomie a été appliquée depuis longtemps au traitement des ulcères de jambe, mais les résultats se sont montrés si aléatoires que la plupart des chirurgiens avaient regardé avec scepticisme les tentatives faites dans tous les pays pour guérir les ulcères à l'aide de la sympathectomie péri-artérielle.

Les résultats éloignés étaient aussi mauvais que les résultats immédiats étaient brillants. La cicatrisation de l'ulcération obtenue en quelques jours n'était que passagère.

Les travaux entrepris en 1925, par LERICHE et son collaborateur FONTAINE ont eu pour conséquence pratique de préconiser l'association aux bons effets produits par la dénudation artérielle de greffes à types soit épidermique soit dermo-épidermique. Les résultats de ces travaux ont été publiés à la Société de Chirurgie, à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, enfin à la Société de Chirurgie de Lyon. Malgré ces nombreuses

communications, il ne semble pas que le mode de traitement ait été accueilli par la majorité des chirurgiens français avec beaucoup de faveur. Par contre à l'étranger, cette méthode fut étudiée, contrôlée et appliquée par de nombreux chercheurs, en Italie notamment (TIVOZZI-BERTOCCHI).

Dans la littérature française, nous avons cherché vainement en dehors des publications de LERICHE et de ses élèves, des communications sur l'emploi combiné de la sympathectomie et des greffes. Aussi il nous a paru intéressant d'en publier quelques observations.

Après avoir rappelé :

1° Les travaux fondamentaux de LERICHE et de ses élèves sur le point particulier qui nous intéresse ;

2° La classification des ulcères de jambe.

Nous exposerons rapidement la technique employée, puis les observations, et nous nous arrêterons ensuite plus longuement à l'analyse des résultats obtenus.

CHAPITRE II

BASES BIOLOGIQUES DE LA MÉTHODE DE LERICHE

Pour saisir tout l'intérêt de la méthode de LERICHE, il nous paraît indispensable de rappeler brièvement les travaux de cet auteur et de ses élèves sur la question.

Nous emprunterons à leurs communications aux Sociétés de Chirurgie de Paris et de Lyon, à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, l'essentiel des lignes qui suivent.

« Au cours de nos observations sur les ulcérations chroniques et les troubles trophiques, en essayant de comprendre comment et pourquoi la sympathectomie était habituellement suivie de cette cicatrisation extraordinairement rapide que tant de chirurgiens ont notée, nous avons été conduits à observer un fait qui nous paraît mériter d'attirer l'attention : en peu de jours la sympathectomie est suivie d'une stérilisation absolue des plaies chroniquement infectées à condition bien entendu qu'il

n'y ait pas à son contact un foyer d'ostéite ou qu'elle ne renferme pas un corps étranger.

Pour ne rien laisser échapper de l'économie de ce phénomène nous avons procédé de la façon suivante : La veille de l'opération nous déterminions par un frot-tis l'aspect cytologique de la plaie, ou nous faisons une biopsie à son niveau, puis avec un écouvillon promené sur l'ulcération nous ensemencions une boîte de Pétri sur milieu gélose sang, à des intervalles variés. Après la sympathectomie, la même série de recherches était renouvelée, généralement au quatrième ou cinquième jour, au huitième et au dixième. Les boîtes de Pétri étaient mises en culture et nous avons dégagé les faits suivants :

Premier fait : Une ulcération chronique (ulcère consécutif à une brûlure, ulcère variqueux, ulcération syphilitique, ulcération chronique post-traumatique, ulcération trophique post-phlébitique, etc...), est toujours infectée à l'infini par des espèces microbiennes variées (staphylocoques, streptocoqués, micrococcus candicans bacillus cuti communis). Le fond de la plaie, ce fond grisâtre, sanieux, bien connu, est fait d'une épaisse couche de fibrine dans laquelle se trouvent les microbes.

Les divers pansements d'usage en pareil cas ne changent pas cette flore même s'ils ont un effet sur la cicatrisation, ou du moins nous n'avons pas trouvé de modifications sensibles de la plaie après leur emploi. C'est ainsi que l'arsenobenzol même quand il amène la guérison de l'ul-

cération ne nous a pas semblé en modifier l'état bactériologique. Il en est de même pour l'insuline en poudre.

Deuxième fait : Aussitôt après la sympathectomie, le fond d'une ulcération se déterge : en peu de jours, elle devient rouge, se couvre de granulations de bon aloi et diminue rapidement d'étendue. A ces modifications morphologiques déjà connues, correspond une très rapide disparition de la couche fibrineuse dont il a été question plus haut. A partir du troisième ou du quatrième jour, les frottis de la plaie ne montrent plus que des polynucléaires qui renferment à leur intérieur un très grand nombre de microbes phagocytés. Il n'y a presque plus de microbes libres. Généralement à partir du cinquième cela est d'une extrême rareté. Sur des coupes de fragments relevés par biopsie il en est ainsi également.

Troisième fait : Du cinquième au treizième jour, de façon constante la plaie n'a plus de germes. Elle est pratiquement et bactériologiquement stérile. Il n'y a plus de microbes à l'examen direct et à la culture. C'est à peine si de temps à autre, la culture décèle de rares colonies de microbes banaux non pathogènes. En outre, les frottis ne montrent que de nombreux polynucléaires en bon état et de grands mononucléaires normaux.

Ces faits nous ont paru très remarquables. Il est évident qu'à l'origine de ces rapides transformations se trouve la vasodilatation active que produit la sympathectomie péri-artérielle mais au delà de cette modification primor-

diale, il était intéressant de descendre dans l'intimité même des phénomènes qui conduisent à la rapide cicatrisation des ulcérations rebelles.

Il ne serait d'ailleurs pas exact de croire que tout dans l'action de la sympathectomie est réductible à une stérilisation des surfaces infectées. Elle produit en outre une très considérable modification des éléments figurés du sang circulant dans la région intéressée et peut-être à la suite de cela, une exaltation de la vitalité des tissus qui fait que la vitesse de cicatrisation d'une plaie dépasse celle de la cicatrisation normale des plaies aseptiques, telle que CARREL puis LUMIÈRE l'ont calculée. Et, de fait, cette rapidité de cicatrisation a surpris tous ceux qui ont eu l'occasion de l'observer.

Nous ne pensons pas cependant que dans le traitement des ulcérations chroniques de toute espèce il y ait lieu, du moins quand la plaie a des dimensions importantes, de laisser les tissus faire ainsi tout l'effort de la réparation. Dans les ulcérations chroniques, trois éléments concourent au maintien de la chronicité : la mauvaise condition de la circulation et de la nutrition cutanée due à une nécrose dermo-épidermique probablement ischémique, contemporaine du début des accidents. Quand par la sympathectomie, on a modifié l'état de la nutrition cutanée et fait disparaître l'infection chronique, la plaie peut se cicatriser par ses propres forces et elle le fait souvent de façon satisfaisante, mais nous estimons que c'est trop demander à des tissus qui ont été longtemps malades et qui à la jambe, n'ont aucune souplesse. Il nous sem-

ble qu'on se met dans de meilleures conditions de guérison définitive en faisant des greffes dermo-épidermiques. On supprime ainsi la troisième des causes de la permanence des ulcérations chroniques. En mettant à profit l'état aseptique créé par la sympathectomie on obtient à coup sûr la prise des greffes et de cette façon on peut assurer très rapidement la guérison complète d'ulcères très anciens. Il nous est arrivé, en procédant de cette façon, de guérir complètement en vingt à vingt-cinq jours de traitement des ulcères durant depuis dix ou quinze ans, la greffe étant faite dix jours après la sympathectomie.

Nous avons vu quelquefois apparaître de petits ulcères en dehors de la zone greffée, sur des coins de peau cicatricielle de mauvaise qualité mais jamais sur la peau greffée. Nous en avons conclu qu'il fallait souvent, avant la greffe, dans la même séance que la sympathectomie, faire une très large excision du tissu cicatriciel. Et c'est ce que nous faisons actuellement de plus en plus largement.

CHAPITRE III

CLASSIFICATION DES ULCÈRES

L'association sympathectomie-greffes ne doit pas être employée à tort et à travers, au hasard, pour essayer quelque chose de nouveau après l'échec d'autres procédés thérapeutiques. Il est bon de connaître exactement la nature des lésions auxquelles on a affaire.

Ce serait une chose inutile que de dénuder une artère pour un ulcère syphilitique, ou mixte syphiliticovariqueux. Il faut donc essayer tout d'abord de remonter aux causes. Il est évident que celles-ci sont très diverses :

1° Ulcères post-traumatiques qui sont les vrais ulcères trophiques.

2° Ulcères sur cicatrices de brûlure ou de gelure ;

3° Ulcères rattachables à une lymphangite torpide ;

4° Ulcères consécutifs à une phlébite pelvienne ancienne.

Toutes ces catégories sont justiciables absolument de l'association sympathectomie-greffes.

Par contre :

- 1° Les ulcères tenant à la présence d'un cal exubérant ;
 - 2° Les ulcères franchement variqueux ;
 - 3° Les faux ulcères variqueux d'origine syphilitique s'accompagnant fréquemment d'hyperostose au niveau de leur fond ;
 - 4° Les ulcères de jambe accompagnés ou suivis de splénomégalies ne sont pas justiciables de la méthode de LERICHE, mais d'un traitement antisiphilitique, d'une abrasion du cal exubérant, d'une extirpation de varices, d'une splénectomie.
-

CHAPITRE IV

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Pour tous nos malades à l'exception du premier, il a toujours été procédé à la sympathectomie péri-artérielle à la base du triangle de Scarpa. Ceci pour les deux raisons suivantes :

Dans cette opération, ce qui compte c'est beaucoup plus le nerf plexiforme de l'adventice artériel que l'artère elle-même. Il y a donc intérêt pour agir sur l'ensemble du système sympathique du membre à agir tout à fait à la base du triangle de Scarpa, au-dessus de l'orifice de la fémorale profonde. En agissant ainsi, on obtient des résultats meilleurs qu'à la suite de la sympathectomie habituellement faite sur la fémorale dans le triangle de Scarpa ou à sa pointe pour ce qui est de l'artère elle-même.

Il faut que l'opération soit faite à hauteur convenable pour que le territoire à modifier soit bien influencé par le changement de régime circulatoire. On ne doit pas oublier en effet et nous ne craignons pas d'y insister, que

la sympathectomie péri-artérielle est une opération à la fois du type nerveux et du type vasculaire.

L'incision doit être horizontale parallèle au pli de l'aîne pour éviter une cicatrice rétractile.

On découvre le bord inférieur de l'arcade crurale et il est facile de repérer le paquet vasculaire et d'aborder le segment artériel à dénuder. La sympathectomie a porté sur la fin de l'iliaque externe ; pour bien exposer celle-ci on peut être amené à débrider vers le haut l'arcade crurale.

La manœuvre de HERTZ qui est facile au niveau de la pointe du triangle de Scarpa où il n'y a pas de collatérales, est presque impossible au niveau de l'origine de la fémorale en raison de l'existence de grosses collatérales, épigastrique, circonflexe iliaque profonde, circonflexe iliaque superficielle dont la section compliquerait l'opération et exposerait à diminuer la vascularisation. La partie difficile à dénuder est donc la face postérieure de l'artère.

L'artère s'est toujours contractée facilement et rapidement ; l'épreuve du sérum chaud est toujours positive. il faut toujours reconstituer au devant de l'artère la gaine vasculaire et placer sous les téguments un drainage filiforme. En effet, l'opération se passe toujours en milieu septique, elle ouvre des lymphatiques bourrés de germes du fait de la lymphangite chronique accompagnant l'ulcération. Le drainage filiforme est enlevé au bout de 48 heures et ne nuit donc en rien à la cicatrisation.

GREFFES

Au moment jugé opportun, c'est-à-dire vers le quatrième ou le cinquième jour, période où le coup de fouet donné par la sympathectomie est à son maximum on procède à la mise en place, sur l'ulcération de greffes cutanées.

La greffe de choix est réalisée par la greffe de peau totale (HALSTED-DAVIES). On prélève sur la cuisse saine à l'anesthésie locale un lambeau cutané dans lequel on pourra tailler nombre de greffons suffisants pour couvrir entièrement la surface ulcérée. La perte de substance est suturée immédiatement et ce n'est pas là un des moindres avantages du procédé que d'éviter la cicatrisation de toute la surface d'emprunt souvent très longue à se produire.

Le lambeau cutané prélevé est placé dès son prélèvement dans du sérum tiède et dégraissé soigneusement aux ciseaux courbes et au bistouri. Des pinces de Chaput placées sur ses bords sont tendues par l'aide et cela facilite beaucoup la manœuvre.

Le lambeau ainsi préparé est découpé en petits carrés d'environ un demi-centimètre de côté ; chacun de ces petits carrés est enfoncé, côté dermique en avant, dans de petites logettes créées par une spatule au niveau de la surface bourgeonnante à greffer. Cette manœuvre s'ac-

compagne d'un suintement sanguin assez abondant et qui a toujours tendance à entraîner à l'extérieur le greffon et il faut veiller à ce que celui-ci reste bien encastré sous l'opercule qu'on vient de lui créer.

On ne doit pas appliquer de pansements. Il faut laisser les greffes à l'air libre. On protégera à distance la zone greffée par un voile de gaze tendu de part et d'autre de la plaie. Aérer les greffons est une condition essentielle de réussite, mais cela n'est pas synonyme d'absence de pansement, car, très souvent il se produit le lendemain autour du point d'implantation des greffons un suintement muco-purulent qui se conglobe en zones crustacées. On doit éviter leur production, car elles forment obstacle à l'épidermisation de la plaie. On doit donc déterger très doucement la plaie dans l'intervalle des greffons avec des tampons imbibés de sérum tiède.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Service du Docteur MOUCHET

X... Michel, 11 ans, victime d'un accident de la voie publique survenu le 5 janvier 1927. Vastes plaies de la cuisse, du mollet et de la face antérieure du genou. Plaies très souillées a bords mâchés, contus irréguliers.

Toute suture primitive eut été impossible et dangereuse. Nettoyage. Epluchage. On panse à plat.

Cicatrisation rapide des plaies crurales et jambières. Par contre, la plaie du genou reste alone, couverte de bourgeons sanieux grisâtres. Il se fait à sa périphérie des poussées rejetées de lymphangite dont la conséquence est une extension marquée de la plaie ulcéreuse.

Ces poussées de lymphangite disparues, on pratique, mais sans succès le 20 février 1927, des greffes épidermiques à la REVERDIN : échec total. Nouvelle tentative un mois après. Nouvel échec. Malgré l'institution d'un traitement spécifique (sirop de GIBERT) pas de progrès de la cicatrisation. Le 5 avril, on tente une greffe indienne à pédicule crural interne : échec. Le pédicule se ratatine en un moignon qui se recroqueville à la partie supéro-interne de l'ulcération. On laisse les choses en état jusqu'en septembre où le Docteur RICHARD, chirurgien des Hôpitaux, remplaçant le Docteur MOUCHET en congé, pratique

une nouvelle tentative de greffe indienne en utilisant ce qui restait du premier essai. Nouvel échec, accompagné d'une forte poussée de lymphangite péri-ulcéreuse.

Le 15 octobre, sympathectomie (opérateur A. FOLLIASSON). Découverte du paquet vasculaire-fémoral à la pointe du triangle de Scarpa. Attaque première sur la gaine de la veine fémorale suivant la technique préconisée par DESGOUTTES et RICARD. L'artère souple est facilement dénudée sur quatre centimètres de hauteur, elle se contracte bien. Le test de LERICHE est positif (arrosage de la plaie avec un tampon imbibé de sérum très chaud, ce qui donne à l'artère un aspect blanchâtre). Reconstitution de la gaine vasculaire. Drainage filiforme du tissu cellulaire sous-cutané. Agrafes.

Suites opératoires : Dès le lendemain, modification de la plaie qui bourgeonne de façon active, dont le fond devient rosé et granuleux. L'ensemencement régulier sur boîte de Pétri (milieu gelose-sang) montre une diminution rapide des germes de la plaie.

Vers le huitième jour après l'opération, la plaie cesse de bourgeonner, tend par endroits à reprendre son aspect primitif. Les ensemencements montrent d'une façon indiscutable une recrudescence des éléments microbiens. Le coup de fouet donné par la sympathectomie est en train de décroître.

Application immédiate de greffes de peau totale à la HALSTED DAVIS, prélevé sur la cuisse. Suture immédiate de la surface de prélèvement. Le résultat fut relativement bon en ce sens que les greffons prirent en totalité, mais la cicatrisation fut lente à s'établir entre eux comme s'ils avaient absorbé tout le potentiel d'épidermisation de la plaie. Ce n'est qu'un mois après que la cicatrisation fut entièrement terminée.

OBSERVATION II

Service du Professeur CUNéo

L... Marcelin, 39 ans, chaudronnier, entre à l'hôpital Lariboisière le 16 janvier 1929, pour des ulcères variqueux siégeant au niveau des deux jambes.

Le malade, qui jusque là avait été très bien portant, eut une fièvre typhoïde en 1917, à Salonique, à la suite de laquelle il fit deux phlébites ; la droite fut la première en date. La gauche n'apparut que très tardivement. Après ces phlébites, le malade vit les veines superficielles de l'abdomen se dilater et saillir sous la peau. En 1918, sur la face antéro-interne des deux jambes, apparurent de petits placards violacés qui grandirent rapidement et s'ulcérèrent. Le malade a été hospitalisé pour ces lésions trois fois de suite. A chaque fois, il est parti très amélioré. Mais dès qu'il reprenait son travail l'ulcération réapparaissait.

Actuellement l'examen de l'abdomen montre une grosse dilatation de toutes les veines sous-cutanées, tégumentueuses abdominales ; flexueuses et bosselées, elles donnent à la racine de chaque cuisse un aspect de véritables têtes de Méduse. Leur saillie est augmentée à chaque effort et par la station debout.

Au niveau des jambes, on constate, à leur partie moyenne, sur les faces antero-internes des ulcères variqueux typiques. Les veines superficielles de la jambe et de la cuisse sont dilatées. Mais à un degré infiniment moindre que les veines superficielles de l'abdomen.

Le malade nie toute spécificité. Wasserman absolument négatif ; un traitement anti-syphilitique institué lors d'un précédent séjour à l'hôpital n'a donné aucun résultat.

Diagnostic : Ulcères variqueux consécutifs à des varices de suppléance, conséquence d'une phlébite bilatérale.

On propose au malade une sympathectomie. Elle est exécutée le 22 janvier 1929, du côté droit.

Sympathectomie sur la fémorale primitive au ras de l'arcade crurale, on est très gêné :

1° Par des ampoules veineuses énormes dues au développement d'une circulation vicariante cave-cave (elles barrent complètement la face antérieure de l'artère. On ne peut donc dégager que très peu de celle-ci).

2° Par de volumineux ganglions qu'on est obligé d'enlever pour obtenir plus de jour.

Dénudation artérielle soigneuse. Attaque première de la gaine sur

la veine ; il faut lier la circonflexe iliaque superficielle pour basculer l'artère et exposer sa face postérieure. L'artère se contracte bien. Reconstitution de la gaine vasculaire. Drainage filiforme sous-cutané, crins sur les téguments.

Suites opératoires : Le lendemain, ablation du drainage filiforme ; légère désunion de la plaie à sa partie supérieure. Localement, modification nette de l'ulcération dont le fond bourgeonne. Les bords se nettoient. Elle est pansée à plat sans l'adjonction d'aucun antiseptique et des prélèvements réguliers montrent la diminution rapide de la flore microbienne.

Au huitième jour, l'état microbien de la plaie étant stabilisé, greffes de peau totale (HALSTER DAVIS) prélevée au niveau de la cuisse. Suture de la plaie d'emprunt aux crins. Les greffons sont laissés à l'air libre.

Prise complète et totale des greffons et le 20 février 1929, le malade quitte le service. L'ulcère du côté gauche est à ce moment à peu près entièrement cicatrisé sous l'influence de ce repos forcé au lit. Mais lorsqu'on revoit le malade en décembre 1929, on constate que du côté droit (côté opéré et greffé), le bon résultat s'est maintenu, et qu'il n'y a pas eu de récides, alors que du côté gauche, dès le lever, l'ulcération s'est reproduite et persiste. Malheureusement le malade pour des raisons indépendantes de sa volonté ne peut rentrer à l'hôpital pour y subir une opération identique à celle qui a été pratiquée en janvier.

OBSERVATION III

Service du Professeur CUNÉO

C... Jules, 64 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 14 mars 1929, pour des ulcères variqueux de la jambe gauche ; ulcères à siège postéro-externe tout à fait typiques. Leur début remonte à quatre ans environ et se fit progressivement.

Dans l'histoire du malade on ne note ni phlébite antérieure ni syphilis. Réaction de Wasserman négative. Les traitements anti-

syphilitiques à l'arsenic et au mercure institués auparavant ont toujours été sans résultat. L'examen oscillométrique ne montre aucun trouble notable de la circulation artérielle des membres inférieurs.

Opération le 10 avril 1929 (FOLLIASSON). Découverte de la fémorale primitive sous l'arcade crurale. Attaque première de la gaine sur la veine. Dénudation de l'artère sur quatre centimètres. L'artère se contracte bien. L'épreuve de LERICHE au sérum chaud est positive. Reconstitution de la gaine des vaisseaux. Suture des téguments aux crins au devant d'un drainage filiforme.

Suites opératoires : Réunion per primam. Localement, modification rapide et nette de l'ulcération dont le fond se déterge, bourgeonne ; le sillon d'épidermisation périphérique gagne rapidement vers le centre. L'examen bactériologique montre la diminution rapide des éléments microbiens. Le 16 avril 1929, mise en place de greffes de peau totale, type (HALSTED-DAVIS), prélevée au niveau de la cuisse avec suture immédiate de la surface de prélèvement. Les greffons sont laissés à l'air libre.

Elimination de la totalité des greffons. Suppuration profuse à pyocyaniques, ne cédant qu'à l'application réitérée d'acide borique en poudre.

L'ulcération s'étend de nouveau, reprenant ses dimensions primitives. Le malade refusant une nouvelle application de greffons quitte le service au bout d'un mois incomplètement cicatrisé.

OBSERVATION IV

Service du Professeur OMBRÉDANNE

L... Gaston, 10 ans. Victime d'un accident de la voie publique le 17 août 1929, présente une plaie circulaire siégeant au-dessous du genou droit. Les téguments sont rétractés de part et d'autre sur la cuisse et la jambe, réalisant ainsi une vaste perte de substance circulaire ayant environ 11 centimètres de hauteur sur la face postéro-externe, 10 centimètres sur la face antérieure, 7 centimètres

sur la face interne. Nettoyage et parage de la plaie. Il serait illusoire de tenter une réunion primitive. L'évolution de la plaie est extrêmement lente sans aucune tentative spontanée à la cicatrisation. Le fond est atone. Dans l'intervalle de bourgeons blafards, on note l'existence de plages grisâtres, sanieuses.

Greffes épidermiques le 12 octobre 1929. Une douzaine de greffons sont prélevés sur l'abdomen. Echec. Traitement spécifique sans aucun résultat. Nouvelle tentative de greffe le 13 novembre. Seuls les greffons antérieurs prennent. Les postérieurs sont rapidement éliminés. La plaie postérieure ne présentant aucune tendance à la cicatrisation, on pratique le 11 janvier 1930, une sympathectomie péri-fémorale (opérateur A. FOLLIASSON).

Intervention : Incision transversale parallèle à l'arcade. Découverte de celle-ci. Isolement des vaisseaux. Attaque première de la gaine de la veine. Dénudation de l'artère sur 4 centimètres ; en faisant récliner fortement l'arcade on pousse la dénudation jusqu'à l'épigastrique et la circonflexe iliaque profonde. La présence de ces importantes collatérales gêne beaucoup la dénudation de la face postérieure. L'artère néanmoins se contracte très bien (épreuve de LERICHE au sérum chaud positif). Reconstitution de la gaine vasculaire. Drainage filiforme sous-cutané. Agrafes.

Suites opératoires : Réunion per primam de la plaie opératoire. Localement dès le lendemain de l'intervention, modification de l'aspect de la plaie, bourgeonnement intense. Vascularisation, surélévation des bords, extension progressive du liseré épidermique de cicatrisation. Les frottis pratiqués sur boîte de Pétri montrent la diminution progressive du nombre des colonies bactériennes.

Le 16 janvier, mise en place de greffons de peau totale, greffes et godets prélevés sur la cuisse avec suture immédiate de la zone de prélèvement. Les greffons laissés à l'air libre ont tous pris mais les zones non greffées de la plaie n'ont pas été épidermisées et ont repris leur aspect blafard et atone, ce qui nécessitera la mise en place de nouveaux greffons.

OBSERVATION V

M. COTTE, de Lyon

Il s'agit d'un homme de 66 ans, qui était entré dans mon service le 2 février dernier, pour un ulcère de la jambe gauche datant de vingt ans. A quatre reprises différentes ce malade avait été hospitalisé dans divers services, mais la guérison obtenue par les moyens médicaux n'avait été que de courte durée. A l'entrée, il y avait à la face interne de la jambe gauche, une ulcération plus large que la paume de la main, ayant 11 centimètres de haut sur 10 centimètres de large ; le fond en était sanieux, les téguments, dans presque toute la hauteur de la jambe, avaient un aspect violacé de mauvais aloi et la première impression qui se dégageait de cela, c'est qu'on ne pouvait en finir autrement que par une amputation. Avant d'en arriver là, il semblait préférable d'essayer encore quelque chose, et dès le lendemain, le malade fut soumis à un traitement physiothérapique (diathermie et effluviation). Après trente et une séances faites par Mlle le docteur JAMIN, l'ulcère s'était très modifié et avait considérablement diminué. Les téguments avaient un aspect bien meilleur, aussi pour compléter la cure, je fis faire à ce malade une sympathectomie péri-artérielle au niveau de la fémorale (docteur BERTRAND). En même temps, la saphène fut reséquée sur quatre points de son étendue. A la jambe où il y avait des lésions de phlébite et de périphlébite, la plaie opératoire fut pansée à plat, car on n'était pas assez sûr de la vitalité des téguments et on craignait d'autre part qu'il y eut encore des germes infectieux à ce niveau. Je préférerais d'ailleurs, et cela autant à cause des risques d'infection que pour avoir une cicatrice de meilleure qualité faire ensuite sur la plaie des greffes dermo-épidermiques. Mais la cicatrisation fut si rapide que nous n'eûmes même pas à faire cette dernière intervention. Actuellement le malade est complètement guéri. Evidemment les téguments ne sont pas de première qualité mais comme la saphène a été supprimée, j'espère que le résultat sera définitif.

L'auteur fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

« Avec LERICHE et FONTAINE, je crois que la substitution d'une peau saine à une peau cicatricielle constitue un des meilleurs éléments qui soient contre les récidives et je reste persuadé que si beau que soit le résultat obtenu chez notre malade, il y aurait eu intérêt à attendre moins longtemps, et à faire une greffe dermo-épidermique.

Personnellement j'ai eu recours à cette technique chez une femme de 36 ans, qui à la suite d'une phlébite survenue en 1920, présentait un ulcère de la jambe. Celui-ci était apparu deux ans après le début de la phlébite. Il avait mis très longtemps à se cicatriser mais n'avait jamais laissé qu'une cicatrice friable toujours entamée, qui l'empêchait de travailler.

Le 15 janvier, sous rachianesthésie, je fis une sympathectomie artérielle péri-fémorale et j'excisai en même temps complètement toute la peau malade. Six jours après je recouvrai toute l'ancienne surface de l'ulcère avec des greffes de THIERSEN et DAVIES. Trois semaines plus tard la cicatrisation était complète et depuis ce moment, l'ulcère ne s'est plus reproduit.

CHAPITRE VI

CRITIQUE DES RÉSULTATS OBTENUS

PREMIÈRE OBSERVATION

Bon résultat

Dans notre première observation, il s'agit d'une ulcération post-traumatique, véritable ulcère trophique.

Il semble bien que la perte de substance dermo-épidermique relevait, suivant le terme de LERICHE, d'une nécrose artéritique consécutive aux nombreuses poussées inflammatoires survenues au cours de l'évolution de cet ulcère.

La syphilis n'était pas en cause, le traitement d'épreuve n'ayant donné aucun résultat.

D'autre part nous attirons l'attention sur le fait que, et ceci se retrouvera dans notre quatrième observation, les pertes de substance des téguments de la région du genou ou immédiatement situés au-dessous, sont extrêmement longues à se réparer et évoluent volontiers vers l'ulcération chronique.

Le malade a subi quatre interventions successives ; seule la dernière (méthode de LERICHE) a amené la cicatrisation.

Par contre, nous avons trouvé en défaut, les assertions de cet auteur concernant la stérilisation absolue de la plaie sous l'influence de la seule sympathectomie.

Enfin nous croyons nécessaire, lors de la mise en place des greffons de veiller à ce que toute la surface ulcérée soit complètement recouverte, les greffons étant bord à bord.

DEUXIEME OBSERVATION

Excellent résultat

Notre deuxième observation à trait à des ulcères variqueux consécutifs à des phlébites post-typhiques des veines iliaques.

Le résultat de la méthode sympathectomie et greffes associées a été excellent dans ce cas et ce qui fait justement l'intérêt de cette observation, c'est la possibilité de comparaison entre les deux côtés, l'un opéré et greffé, l'autre non traité. Ce qui confirme tout à fait les idées de LERICHE sur la cicatrisation spontanée de ce genre d'ulcère, à savoir : cicatrice de mauvaise qualité à derme épaissi, chroniquement infecté avec des trainées inflammatoires, des cellules géantes englobant des corps étrangers, des foyers de polynucléaires et souvent des petits amas microbiens.

Nous devons ajouter que cette variété d'ulcérations consécutives à une phlébite est pourtant rangée, par LERICHE, parmi celles qui donnent des échecs dans l'application de sa méthode. Cet auteur serait plus porté actuellement à intervenir sur le lieu même de l'oblitération, c'est-à-dire sur les vaisseaux iliaques, à libérer les vaisseaux pris dans un tissu dense de cicatrices inflammatoires.

Là encore la diminution de la flore microbienne sous l'influence de la sympathectomie a été très appréciable mais n'est pas cependant allée jusqu'à la stérilisation absolue.

TROISIEME OBSERVATION

Echec

Chez ce malade porteur d'ulcères variqueux la sympathectomie a produit son effet habituel sur l'ulcération. Il n'y a pas eu non plus de stérilisation absolue de la plaie.

La mise en place des greffes a été suivie d'échec complet. Il eut peut-être mieux valu chez ce malade s'abstenir ou ne pratiquer la sympathectomie suivie de greffes qu'après une intervention portant sur les veines dilatées,

QUATRIÈME OBSERVATION

Résultat médiocre

La nature de l'ulcération du malade de l'observation IV est en tous points comparable à celle du malade de l'observation I. Il s'agit d'ulcère traumatique siégeant au-dessous du genou dans une zone que nous avons signalée comme étant de vascularisation très précaire et propice à la persistance de l'ulcération.

Il y eut chez ce malade plusieurs tentatives opératoires. La première eut un échec absolu. La seconde réalisa un léger progrès, la troisième une amélioration sensible mais ce ne fut pas là tout de même la guérison absolue que l'on pouvait escompter. Ceci nous renforce encore dans l'idée émise lors de la critique de l'observation I, que lors de la mise en place des greffons il faut les juxtaposer avec grand soin.

Enfin ajoutons que l'action bactéricide de la sympathectomie fut là encore limitée.

CINQUIÈME OBSERVATION

A nos quatre observations, nous avons ajouté une observation de COTTE (de Lyon). L'intérêt qu'elle présente mérite qu'on la reproduise *in extenso*, car il s'agit là de l'application de la méthode de LERICHE aux ulcères consécutifs à une phlébite des membres inférieurs. L'excellent résultat obtenu par COTTE permet d'en appeler du scepticisme manifesté par LERICHE lui-même en pareil cas.



CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

1° L'association sympathectomie péri-fémorale greffes ou méthode de LERICHE est un procédé susceptible de donner d'excellents résultats dans le traitement de certaines ulcérations chroniques des membres inférieurs.

2° Mais elle ne doit être employée qu'à bon escient. Il faut l'appliquer dans certains cas bien limités après examen minutieux du malade et recherche approfondie des causes possibles d'ulcération afin d'appliquer un traitement pathogénique.

3° Il ne faut pas compter quoi qu'en pense LERICHE sur la stérilisation obtenue à distance sous la seule influence de la dénudation artérielle et il sera bon de ne pas négliger le traitement local de l'ulcération par des antiseptiques : acide borique en poudre dans le cas de suppuration à pyocyaniques, poudre ou pommade à l'insuline, ferment lactique, baume du Pérou, poudrage de novarsenobenzol.

4° Lors de l'application des greffons prélevés il faut

veiller à bien les juxtaposer faute de quoi on s'expose à n'avoir qu'un résultat médiocre.

5° Toutes ces précautions observées, on peut avoir des résultats bons, rapides, durables. Ceci doit pousser à intervenir de façon précoce car le traitement sera plus facile et la guérison encore plus stable.

6° Nous terminerons en disant avec LERICHE « l'opération sur le sympathique avec son objectif thérapeutique fonctionne comme méthode d'analyse. Les données positives ou négatives qu'elles fournissent doivent nous permettre de classer en des catégories différentes des faits grossièrement semblables. La chirurgie du sympathique ne peut être à l'heure actuelle ni portée aux nues, ni décriée ; elle doit être essayée objectivement avec un esprit de libre examen et rien de plus. Dans quelques années nous la jugerons ».

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*
CUNÉO

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- BERTOCCHI. — *Décorlication péri-artérielle et greffes auto et homoplastiques de la peau* (Giornale della Accademia di Torini T. V. n°3, mars 1927).
- BRESSOT. — *La sympathectomie péri-artérielle. Sa technique, ses indications et ses résultats* (Monde médical).
- CHASTENET DE GÉRY ET DARIAU. — *Remarques sur la sympathectomie péri-artérielle des membres à propos de 40 cas* (Gazette des Hôpitaux, n° 62, 3 août 1927).
- T. COTTALORDA. — *La sympathectomie péri-artérielle (opération de LERICHE) dans les troubles trophiques des membres* (Le Sud Médical et Chirurgical, année LV n° 30, 15 décembre 1923).
- COTTE. — *Traitement des ulcères variqueux par la sympathectomie péri-artérielle suivie de greffes dermo-épidermiques* (Sté Ch. Lyon. Séance du 12 mai 1927, Lyon Chirurgical n° 6, novembre-décembre 1927).

COLLAUD. — *Au sujet de la greffe dermo-épidermique en godets* (Bul. et Mém. de la Sté de Chirurgie, LVIII, 19 mars 1927, n° 9).

DESGOUTTES ET RICARD. — *A propos de la sympathectomie péri-artérielle, détails de technique* (Presse Médicale, n° 44, 3 juin 1925).

ECOT. — *Sympathectomie péri-artérielle pour ulcères variqueux* (Bul. et Mém. de la Sté de Chirurgie, Rapport de M. R. PROUST, LXVII, n° 25, 19 juillet 1921).

ECOT. — *Sympathectomie péri-artérielle, Contribution à l'étude du sympathique périphérique des membres* (Thèse de Paris 1922).

HARTMANN. — *Sympathectomie dans les cas d'artérites oblitérantes* (Bul. et Mém. de la Sté de Chirurgie, n° 7, T. LIV, 5 mars 1928).

FEREY. — *Deux cas de sympathectomie péri-artérielle pour troubles trophiques* (Bul. et Man. de la Sté de Chirurgie, n° 1, 10 janvier 1929).

FONTAINE ET JUNG. — *Les modifications du P H des plaies expérimentales sous l'influence des opérations sympathiques. Contribution à l'étude du mécanisme d'action des opérations sympathiques* (Presse Médicale, n° 68, 25 août 1928).

J. DE GIRARDIER. — *Greffes de HALSTED. — Indications et résultats* (Lyon Médical n° 32, 7 août 1927).

GROGNARD (PIERRE). — *Les ulcères trophiques des moignons, — Leur traitement par la sympathectomie péri-artérielle* (Thèse Paris 1923).

LERICHE. — *Sur les causes d'échec de sympathectomie péri-artérielle* (Bul. et Mém. de la Sté de Chirurgie de Paris, T. XLVII, n° 26, 25 octobre 1921).

LERICHE. — *Des orientations et des tendances de la chirurgie du sympathique* (Gazette des Hôpitaux, n° 30, 22 juin 1927).

LERICHE. — *Traitement chirurgical des suites éloignées des phlébites et des grands œdèmes non médicaux du membre inférieur* (Bul. et Mém. de la Sté de Chirurgie, 9 février 1927).

LERICHE. — *De l'importance de la péri-phlébite dans la genèse des accidents tardifs consécutifs aux oblitérations veineuses* (Bul. et Mém. de la Sté de Chirurgie, T. LVII, n° 13, 16 avril 1927).

LERICHE. — *Résultats d'une méthode de traitement des ulcères de jambe* (Société de Chirurgie de Lyon, Séance du 8 décembre 1927. Lyon Chirurgical mars-avril 1928, n° 2 T. XXV).

LERICHE ET FONTAINE. — *Des causes de la chronicité des ulcères de jambe et sur une méthode de traitement* (Bul. de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, avril 1926).

LERICHE ET FONTAINE. — *Résultats donnés par la méthode*

combinée sympathectomie péri-artérielle et greffes cutanées dans le traitement des ulcères chroniques de jambe (Strasbourg Médical, 20 avril 1928).

LERICHE ET FONTAINE. — *La stérilisation des plaies infectées et des ulcérations chroniques par la sympathectomie* (Bul. et Mém. de la Sté de Chirurgie, T. LH, n° 15, 8 mai 1926).

R. MATHEY-CORNAT. — *Chirurgie du sympathique péri-artériel des membres* (DOIN éditeur).

G.-P. MULLER. — (Philadelphie). *Résultats terminaux de la sympathectomie péri-artérielle* (Annals of Surgery, vol. LXXXVIII, n° 3, septembre 1928, p. 474-478).

A. SCHWARTZ. — *Sympathectomie* (Bul. et Mém. de la Sté de Chirurgie, T. L, n° 1, 19 janvier 1924).

TINOZZI. — *Influence de la sympathectomie cervicale sur les greffes cutanées auto et homoplastiques* (Rassegna internazionale di Clinica et Terapia, T. VII, n° 9, septembre 1926).

WONCKEN. — *Résultats éloignés (5 et 4 ans) de la sympathectomie péri-artérielle dans le traitement des troubles trophiques et douloureux consécutifs aux gelures* (Bul. et Mém. de la Sté de Chirurgie, n° 29, T. LIV, 17 novembre 1928).

TABLE DES MATIÈRES

I. — HISTORIQUE	11
II. — BASES BIOLOGIQUES DE LA MÉTHODE DE LERICHE	13
III. — CLASSIFICATION DES ULCÈRES	19
IV. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE	21
GREFFES	23
V. — OBSERVATIONS	25
VI. — CRITIQUE DES RÉSULTATS OBTENUS	33
VII. — CONCLUSIONS	37
BIBLIOGRAPHIE	39



IMPRIMERIE

A. OLIVIER

- FALAISE -

